EFFEKTIVITÄT EINER AMBULANTEN TUMORNACHSORGE

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors
der Zahnmedizin
der
Medizinischen Fakultät
der
Universität in Düsseldorf

vorgelegt von
BARUCH LURJE
aus Krefeld

Düsseldorf 1979

EFFEKTIVITÄT EINER AMBULANTEN TUMORNACHSORGE

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors
der Zahnmedizin
der
Medizinischen Fakultät
der
Universität in Düsseldorf

vorgelegt von
BARUCH LURJE
aus Krefeld

Düsseldorf 1979

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez. Prof. Dr. Reinauer

Referent
gez. Prof. Dr. Dr. Koblin

Korreferent
gez. Prof. Dr. Jünemann

Aus der Universitäts-Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
– Westdeutsche Kieferklinik –
(Direktor: Prof. Dr. Dr. A. Rehrmann)

Druck: Druck & Einband Tosch, 4300 Essen 1

IN DANKBARKEIT
MEINEN LIEBEN ELTERN

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALT: SEITE

A. Einleitung und Problemstellung 4
1. Prophylaxe und Früherkennung 4 - 5
2. Behandlung 5
3. Nachgehende Krebsfürsorge 5 - 6

B. Literaturübersicht 7 - 8

C. Tumornachsorge an der Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie Düsseldorf 9
1. Organisation der ambulanten Tumornachsorge 9 - 10
2. Umfang der ambulanten Tumornachsorge 11
3. Übersicht über das Krankengut 11 - 17

D. Effektivität der Tumornachsorge 18
1. Einhaltung der Nachuntersuchungstermine 18 - 27
2. Entdeckung von Rezidiven bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung 24 - 28
3. Entdeckung von Metastasen bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung 28 - 32
4. Überlebensraten bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung 32 - 34

E. Diskussion 35 - 42

F. Zusammenfassung 43 - 45

G. Literaturverzeichnis 46 - 47

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533922_0010

A - EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

In der Behandlung bösartiger Geschwülste sind in den zurückliegenden Jahrzehnten große Fortschritte erreicht worden, sowohl auf chirurgischem und radiologischem wie auch zuletzt auf chemotherapeutischem Gebiet.

Mit dieser Entwicklung wurde zugleich immer deutlicher bewußt, daß der Arzt mit Abschluß der klinischen Behandlung - Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie - keineswegs aus der Verantwortung für den Patienten entlassen ist, weil der Patient darüber hinaus Beobachtung und Behandlung, Hilfe und Zuwendung braucht.

Aus dieser Erkenntnis ist in den letzten Jahren das Konzept einer umfassenden Krebsbekämpfung entstanden, die sich im Wesentlichen in 3 Aufgabenbereiche teilt:

1) PROPHYLAXE UND FRÜHERKENNUNG
2) BEHANDLUNG
3) NACHGEHENDE KREBSFÜRSORGE

1) Die Prophylaxe beinhaltet alle Maßnahmen, die das Entstehen einer bösartigen Geschwulst verhindern und damit auch die eigentliche Behandlung überflüssig machen, z.B. Vermeidung oder Ausschaltung von kanzerogenen Noxen oder auch die operative Entfernung von präkanzerösen Gewebsveränderungen.

Die Früherkennung hat deswegen vorrangige Bedeutung, weil die Heilungschancen bei Krebs um so größer sind, je kleiner der Tumor bei Behandlungsbeginn ist. Es ist deshalb das Ziel vielfältiger diagnostischer Maßnahmen, eine Krebsgeschwulst schon im Anfangsstadium zu entdecken.

Prophylaxe und Früherkennung können zusammengefaßt als Krebsvorsorge bezeichnet werden. Krebsvorsorgeuntersuchungen für die häufigsten Krebsarten wurden in den letzten Jahrzehnten im zunehmenden Maße systematisiert und organisiert. Teilweise sind sie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen geworden.

2) Die Behandlung bösartiger Geschwülste hat deren vollständige Entfernung oder Zerstörung zum Ziel. Je nach Tumorart, Sitz und Ausbreitung kommen Operation, Bestrahlung und Chemotherapie einzeln oder kombiniert zur Anwendung.

3) Sinn und Inhalt der Krebsnachsorge ist es nach OTT (1978), die Behandlungserfolge zu sichern, Folgeerkrankungen sowie Erkrankungs- und Behandlungsfolgen zu verhüten, zu beseitigen oder zu mildern.
   Im einzelnen besteht die Nachsorge in
   a) Behandlung der kurz- und langfristigen Komplikationen,
   b) frühzeitiger Erkennung von Rezidiven und Metastasen,
   c) Rehabilitation und Resozialisation des Patienten.

Darüber hinaus erlaubt die Nachsorge die Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen, z.B. die vergleichende Ergebniskontrolle der angewandten Behandlungsmethoden.

Die Aufgaben der Krebsnachsorge können nur erfüllt werden, wenn der Patient in jeweils festzulegenden Abständen regelmäßig nachuntersucht wird.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Beurteilung, inwieweit eine ambulante Tumornachsorge effektiv ist und inwieweit sie wesentlich zur Früherkennung von Rezidiven und Metastasen beitragen kann.

B - LITERATURÜBERSICHT

Erst in den letzten Jahren hat im allgemeinen ärztlichen und öffentlichen Bewußtsein die systematische Nachsorge die ihr zukommende Bedeutung bei der Krebsbekämpfung erlangt. Das spiegelt sich auch in dem zum Krebsproblem veröffentlichten Schriftum wieder: Während unzählige Arbeiten der letzten Jahrzehnte sich mit der Früherkennung, Diagnose, Behandlung und den Behandlungsergebnissen befassen, finden sich erst in den letzten Jahren einige Berichte über Krebsnachsorge (EHLERS 1966, OTT, KUTTIG u. DRINGS 1974 und LEONHARDT 1977).

Als Beispiel sei der "Mitteilungsdienst" der "Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e.V." genannt, der erst seit 1975 einzelne Berichte zum Thema Nachsorge enthält und schließlich 1978 ein Heft ausschließlich der Krebsnachsorge widmet. Auch in früheren Standardwerken zum Krebsproblem (z.B. BAUER 1963) wird "Nachsorge" lediglich erwähnt, nicht aber erläutert, worin sie im einzelnen besteht, wie sie durchgeführt wird und welche Bedeutung ihr bei der Krebsbekämpfung zukommt.

Krebsnachsorge war lange Zeit vereinzelten vorausschauenden Initiativen überlassen. Wohl erstmals hat SIEVEKING 1927 in Hamburg einen "Nachgehenden Krankenhilfsdienst" eingerichtet, mit der Aufgabe, "dem Krebskranken nach der Entlassung aus der Klinik

eine Nachsorge angedeihen zu lassen, die in einer fürsorgerischen Betreuung und Überwachung seines Gesundheitszustandes besteht" (SPIESSL 1966).

Der erste und bislang wohl einzige Bericht über Tumornachsorge in der Kiefer- und Gesichtschirurgie ist der von HOLL (1961):
Grundlage der von der Nordwestdeutschen Kieferklinik unter SCHUCHARDT in Hamburg betriebenen Nachsorge von Krebskranken war eine in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Landesamt und dem Gesundheitsamt vorgenommene zentrale Registrierung und Dokumentation.

C - TUMORNACHSORGE AN DER KLINIK FÜR KIEFER- UND PLASTISCHE GESICHTSCHIRURGIE DÜSSELDORF

An der Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Düsseldorf werden seit vielen Jahren alle wegen eines Tumors behandelten Patienten in einer von REHRMANN eingerichteten eigenen Sprechstunde regelmäßig nachuntersucht. Hauptzweck ist die frühzeitige Entdeckung von Rezidiven und Metastasen sowie die Beurteilung und Auswertung der angewandten Behandlungsmethoden.

1. Organisation der ambulanten Tumornachsorge

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung werden für jeden Patienten die Basisdaten, Diagnose, Zeitpunkt und Art der Operation auf einer sogenannten Tumorkarte eingetragen. Die Tumorkarten werden unabhängig und getrennt von den verwaltungsseitigen Ambulanzkarten geführt und aufbewahrt. Sie dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Dokumentation und Auswertung.

Gleichlautend wie auf den Ambulanzkarten werden auf den Tumorkarten die normalen, verdächtigen und krankhaften Befunde (Rezidive bzw. Metastasen) eingetragen. Ebenso werden erforderliche Untersuchungen und deren Ergebnisse notiert sowie weitere Behandlung (z.B. Bestrahlung) und deren Erfolg ausgezeichnet; schließlich wird das nächste vorgesehene Untersuchungsdatum festgehalten.

Auf diese Weise ergibt sich aus den fortlaufenden Eintragungen eine Übersicht über den gesamten Krankheitsverlauf.

Bei der Entlassung wird mit dem Patienten auch der Termin der ersten Nachuntersuchung vereinbart, zugleich wird der überweisende oder behandelnde/mitbehandelnde Arzt über Erkrankung und Behandlung der Patienten unterrichtet.

Die Nachkontrollen bei Patienten mit bösartigen Geschwülsten erfolgten nahezu einheitlich nach folgendem Zeitschema:

im 1. Halbjahr: alle 2 Wochen
im 2. Halbjahr: alle 3 Wochen
im 3. Halbjahr: alle 6 Wochen
im 4. Halbjahr: alle 2 Monate
im 5. Halbjahr: alle 3 Monate
im 6. Halbjahr: alle 6 Monate.

Die Gesamtkontrolldauer sollte mindestens 5 Jahre betragen, nach dem 5. Jahr sind jährliche Kontrollen vorgesehen.

Nach jeder zusätzlichen tumorspezifischen Operation, z.B. wegen Rezidiv oder Metastasen, wird das Intervallschema jeweils wieder von vorne begonnen.

Die Nachuntersuchungen erfolgen in einer eigenen, an einem festgesetzten Tag stattfindenden Tumorsprechstunde.

2. Umfang der ambulanten Tumornachsorge

Über die eingangs genannten Hauptzwecke hinaus - frühzeitige Erkennung von Rezidiven und Metastasen - sind die Ärzte der Klinik bemüht, den Patienten auch bei ihren übrigen Problemen zu helfen, z.B. in Fragen der Arbeitsfähigkeit, Berufsfähigkeit oder Umschulung, selbstverständlich der anatomisch-funktionellen Rehabilitation und auch der sozialen Reintegration.

3. Übersicht über das Krankengut

Grundlage der vorliegenden Untersuchung sind die Patienten mit malignen Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, die zwischen 1966 und 1975 zur Erstbehandlung in die Westdeutsche Kieferklinik gekommen sind.

Berücksichtigt wurden die häufigsten und am meisten ins Gewicht fallenden Tumorarten, nämlich Plattenepithelkarzinome der Mundschleimhaut, Basaliome der Gesichtshaut (unter Berücksichtigung ihres örtlich bösartigen Verhaltens), alle Sarkome und Speicheldrüsenkarzinome einschließlich Zylindrome.

Zusammen waren es 845 Patienten, davon haben 687 (81,3 %) die von der Klinik angebotenen Nachuntersuchungen wahrgenommen.

Der Erhebungszeitraum wurde in zwei Abschnitte von je 5 Jahren unterteilt, um möglicherweise Unterschiede in Durchführung und Auswirkung der Nachsorge feststellen zu können.

Die erforderlichen Daten wurden tabellarisch zusammengefaßt und unter folgenden Gesichtspunkten ausgewertet:

Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Altersgruppen zeigt Abbildung 1.

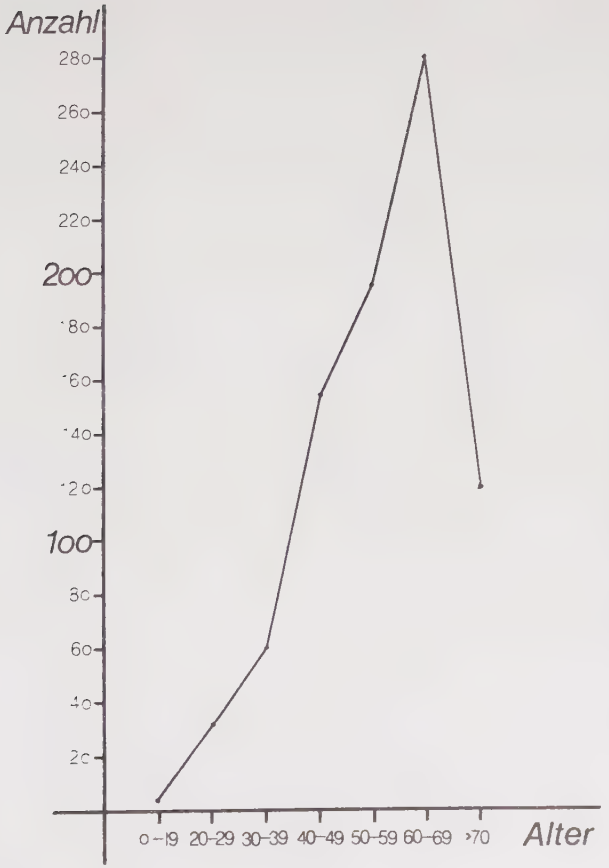

Abb. 1
Altersverteilung von 845 Patienten mit bösartigen Geschwülsten im Mund- und Kieferbereich

Dabei handelt es sich in 465 Fällen um Männer und in 222 Fällen um Frauen, also ungefähr 2,2 mal mehr Männer.

Die nach Männern und Frauen getrennte Altersverteilung zeigen die Abbildungen 2 und 3.

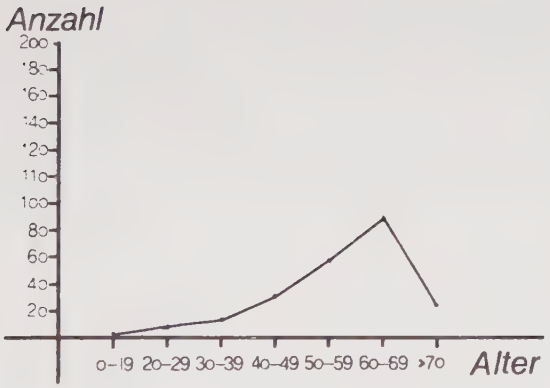

Abb. 3
Altersverteilung der
222 weiblichen Patienten

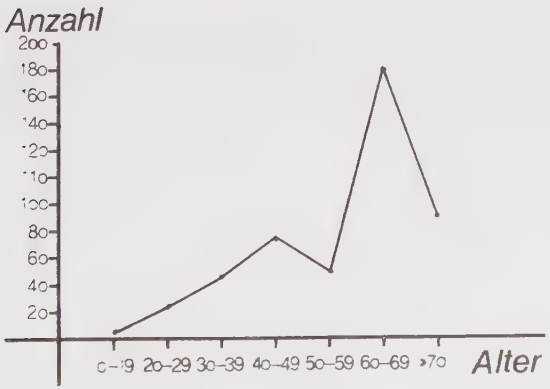

Abb. 2
Altersverteilung der
465 männlichen Patienten

Tumorarten.

In der ersten 5 Jahresperiode von 1966 - 1970 handelt es sich um 122 Tumorpatienten, dabei in der zweiten 5 Jahresperiode von 1971 - 1975 um 565 Patienten, die fortlaufend nachuntersucht worden sind.
Die Tumorerkrankungen waren wie folgt verteilt:

Zeitraum 1966 - 1970:

Tumorart:	Patienten	%
Plattenepithel-Karzinome	60	49,2
Basaliome	33	27,0
Sarkome	16	13,1
Speicheldrüsen-Karzinome	13	10,7
Gesamt	122	100 %

Tabelle 1

Zeitraum 1971 - 1975:

Tumorart:	Patienten	%
Plattenepithel-Karzinome	288	51,0
Basaliome	182	32,2
Sarkome	32	5,7
Speicheldrüsen-Karzinome	63	11,1
Gesamt	565	100 %

Tabelle 2

Im gesamten Erhebungszeitraum von 1966 bis 1975 hatten die einzelnen Tumorarten folgenden Anteil:

Zeitraum 1966 - 1975:

Tumorart:	Patienten	%
Plattenepithel-Karzinome	348	50,7
Basaliome	215	31,3
Sarkome	48	7,0
Speicheldrüsen-Karzinome	76	11,0
Gesamt	687	100 %

Tabelle 3

Regelmäßige und unregelmäßige Nachsorge

Bei der Auswertung der von den Patienten wahrgenommenen Untersuchungstermine wurde zwischen regelmäßigen und unregelmäßigen Nachuntersuchungen unterschieden.

Unter "regelmäßige Nachsorge" sind die Patienten zusammengefaßt, die die für sie angesetzten Nachsorgetermine im ganzen konsequent eingehalten haben; sie haben sowohl sehr kurzfristige Termine beachtet als auch längere Zeitabstände in der Nachsorge regulär befolgt.

Insbesondere wurde die Nachsorge als regelmäßig bezeichnet bei denjenigen Patienten,

die regelmäßig nach dem oben angegebenen Intervallschema 5 Jahre lang fortlaufend nachuntersucht wurden,

die sich regelmäßig in den vom Arzt speziell für eine bestimmte Tumorart vorgesehenen Nachuntersuchungszeiten fortlaufend untersuchen ließen,

die über einen gewissen Zeitraum regelmäßig nachuntersucht wurden und aus verschiedenen Gründen (Krankheit, Kur, Urlaub usw.) kurze Zeit zur Nachuntersuchung nicht erschienen waren, aber die weiteren Zeitintervalle wieder konsequent eingehalten haben und schließlich bei solchen,

die nach den ersten 3 Jahren nach der klinischen Behandlung regelmäßig die Nachschautermine eingehalten und dann während der restlichen 2 Jahre nur ein bis zwei Nachuntersuchungstermine verpaßt haben.

Als regelmäßig gilt die Nachsorge also, wenn die Patienten sich ganz überwiegend an die vorgesehenen Untersuchungstermine halten.

Als unregelmäßig wurde die Nachsorge bewertet, wenn die Termine wiederholt um mehr als das Doppelte des vorgesehenen Intervalls überschritten oder überhaupt nur sporadisch eingehalten wurden.

D - EFFEKTIVITÄT DER TUMORNACHSORGE

Wie effektiv ist eine mit den beschriebenen Mitteln betriebene ambulante Tumornachsorge?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Nachsorgedaten ausgewertet und besonders konzentriert auf die folgenden Fragen:

a) In welchem Maße werden die angebotenen planmäßigen Nachschautermine von den Patienten selbst eingehalten?

b) Inwieweit hängt die rechtzeitige Erkennung von Rezidive und Metastasen von der Regelmäßigkeit oder Unregelmäßigkeit der Nachuntersuchungen ab?

c) Wirkt sich ein Verzicht auf regelmäßige Nachuntersuchungen erkennbar auf die Überlebenschancen der Patienten aus?

1. Die Einhaltung der Nachuntersuchungstermine

Von 1966 bis 1975 ist die Zahl der in der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf operierten Patienten im ganzen erheblich angestiegen (Abb. 4), obwohl die angebotenen planmäßigen Nachschautermine von den Patienten ziemlich verschieden wahrgenommen wurden.

Wieviel Prozent der Patienten eines jeden Jahrgangs an den angebotenen Nachuntersuchungen teilgenommen

haben, geht aus der gestrichelten Kurve der Abbildung 4 hervor. Danach haben im Laufe der Jahre - 1969 und 1970 ausgenommen - immer mehr Patienten von der Möglichkeit einer Tumornachsorge Gebrauch gemacht, in den letzten Jahren über 90 %.

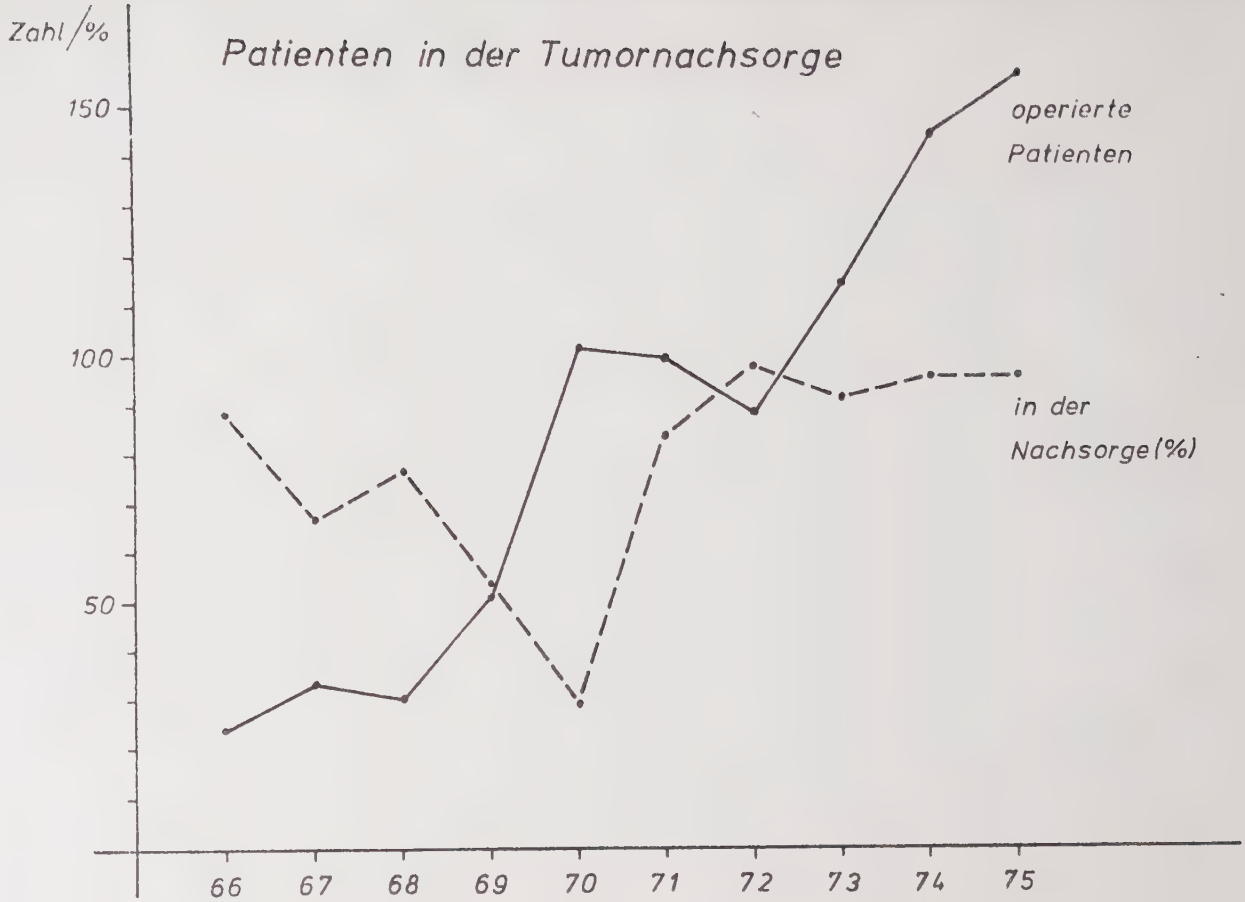

Abb. 4
Patienten in der Nachsorge

Tabelle 4 zeigt die Regelmäßigkeit und Unregelmäßigkeit in der Nachsorge bei den Patienten mit den verschiedenen Tumorarten sowie jeweils bei Männern und Frauen. Dieser Tabelle können folgende Aussagen entnommen werden:

Im Durchschnitt der 10 Jahre wurde die Nachsorge von 56 % der Patienten regelmäßig und von 44 % der Patienten unregelmäßig wahrgenommen.

Patienten mit Plattenepithel-Karzinomen waren dabei überdurchschnittlich (61 %), Patienten mit den anderen Tumoren unterdurchschnittlich (50 - 53 %) regelmäßig.

Insgesamt haben sich die männlichen Patienten stärker an den regelmäßigen Nachuntersuchungen beteiligt als die weiblichen:
von 465 Männern waren 284 = 61 % regelmäßig und von den 222 Frauen waren nur 102 = 46 % regelmäßig in der Nachsorge.

Tumorart	Patienten					regelmäßig in der Nachsorge						unregelmäßig in der Nachsorge					
	gesamt	männlich	%	weiblich	%	gesamt	%	männlich	%	weiblich	%	gesamt	%	männlich	%	weiblich	%
Plattenepithel-Karzinome	348	268	77	80	23	213	61,2	168	62,7	45	56,2	135	38,8	100	37,3	35	43,8
Basaliome	215	127	59,1	88	41,9	108	50,2	74	58,3	34	38,6	107	49,8	53	41,7	54	61,4
Sarkome	48	25	52,1	23	47,9	25	52,1	20	80	5	21,7	23	47,9	5	20	18	78,3
Speicheldrüsen-Karzinome	76	45	59,2	31	40,8	40	52,6	22	49	18	58	36	47,4	23	51	13	42
Gesamt	687	465	67,7	222	32,3	386	56,2	284	61	102	46	301	43,8	181	39	120	54

Tabelle 4

Die Einhaltung der Nachuntersuchungstermine durch die Patienten während der Nachsorge getrennt nach Tumorart und Geschlecht

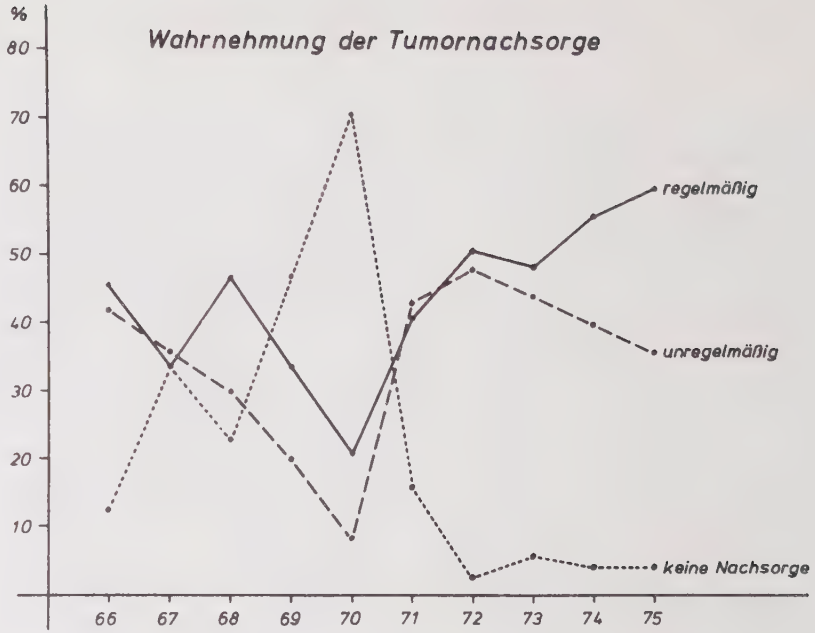

Abb. 5
Wahrnehmung der Tumornachsorge

Wenn man Geschlecht und Tumorart berücksichtigt, waren Männer mit Sarkomen (zu 80 %) und Frauen mit Speicheldrüsen-Karzinomen (zu 58 %) jeweils überdurchschnittlich regelmäßig in der Nachsorge.

Das Verhalten aller 845 Patienten hinsichtlich regelmäßiger, unregelmäßiger und fehlender Nachsorge innerhalb des Untersuchungszeitraumes gibt Abbildung 5 wieder. Dem Verlauf der drei Kurven ist - abgesehen von den Jahren 1969 und 1970 - zu entnehmen, daß der Anteil der regelmäßigen Nachuntersuchungen auf Werte von zuletzt zwischen 50 und 60 % zugenommen hat, der Anteil der unregelmäßigen Nachsorge ist entsprechend zurückgegangen. Gar nicht an der Nachsorge beteiligt haben sich in den letzten Jahren konstant etwa 5 %.

2. Die Entdeckung von Rezidiven bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung

In den Tabellen 5 und 6 ist zusammengestellt, in wievielen Fällen und in welchen Halbjahren nach der Operation Rezidive der einzelnen Tumorarten bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung gefunden wurden.
Beim Vergleich der beiden Tabellen läßt sich kein eindeutiger Unterschied zwischen regelmäßig und unregelmäßig Nachuntersuchten feststellen, auch nicht, wenn die Häufigkeit der Entdeckung von Rezidiven in den einzelnen Halbjahren in einer Verteilungskurve dargestellt wird (Abb. 6).

Zeitraum: 1966 - 1975

Tumorart	Patienten gesamt	davon regelmäßig	= %	Rezidive innerhalb 3 Jahre nach der Operation gesamt	= %	Entdeckung von Rezidiven nach: 1 Hj.	2 Hj.	3 Hj.	4 Hj.	5 Hj.	6 Hj.
Plattenepithel-Karzinome	348	213	61,2	42	19,7	22	8	3	5	1	3
Basaliome	215	108	50,2	33	30,6	7	11	4	7	-	4
Sarkome	48	25	52,1	7	28,0	2	2	1	-	-	2
Speicheldrüsen-Karzinome	76	40	52,6	9	22,5	4	-	3	-	1	1
Gesamt	687	386	56,2	91	23,6	35	21	11	12	2	10
Anteil an allen Rezidiven (91) in %:						39	23	12	13	2	11

Tabelle 5

Entdeckung von Rezidiven während regelmäßiger Nachuntersuchung

Zeitraum: 1966 - 1975

Tumorart	Patienten gesamt	davon unregelmäßig	= %	Rezidive innerhalb 3 Jahre nach der Operation gesamt	= %	Entdeckung von Rezidiven nach: 1 Hj.	2 Hj.	3 Hj.	4 Hj.	5 Hj.	6 Hj.
Plattenepithel-Karzinome	348	135	38,8	22	16,3	11	5	2	2	-	2
Basaliome	215	107	49,8	14	13,0	5	5	-	1	2	1
Sarkome	48	23	47,9	6	26,0	1	2	2	-	-	1
Speicheldrüsen-Karzinome	76	36	47,4	11	30,6	1	2	-	2	-	6
Gesamt	687	301	43,8	53	17,6	18	14	4	5	2	10
				Anteil an allen Rezidiven (53) in %:		34	26	8	9	4	19

Tabelle 6

Entdeckung von Rezidiven während unregelmäßiger Nachuntersuchung

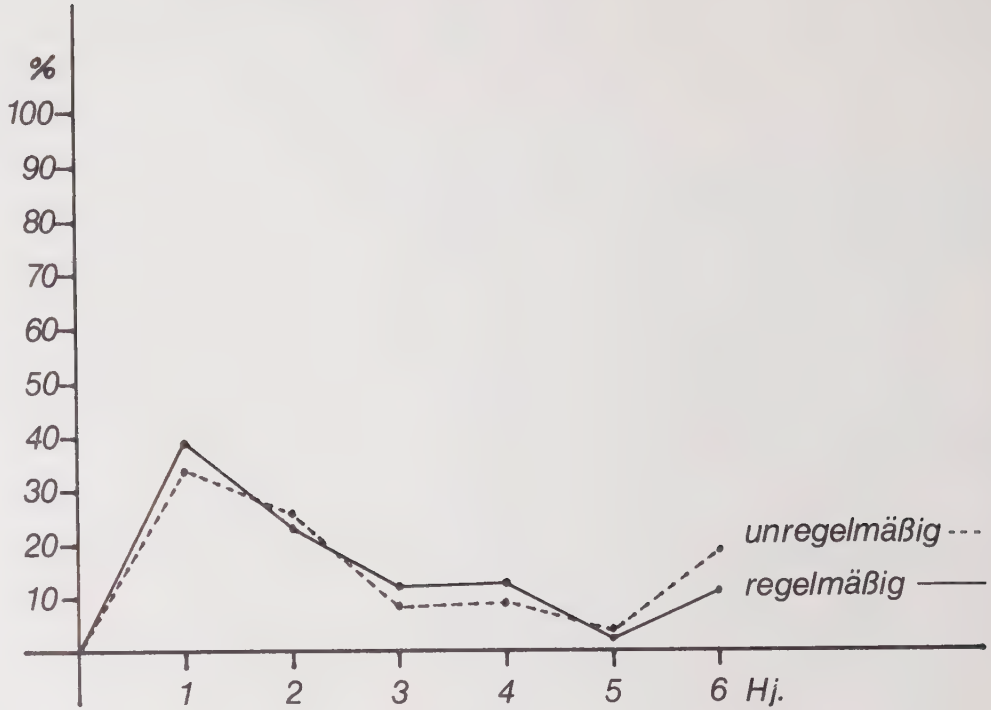

Abb. 6
Entdeckung von Rezidiven während
regelmäßiger und unregelmäßiger Nachsorge

3. Die Entdeckung von Metastasen bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung

Die Tabellen 7 und 8 geben wieder, in wievielen Fällen in den einzelnen Halbjahren nach der Operation regionäre Metastasen der einzelnen Tumorarten entdeckt wurden. Eine Gegenüberstellung der beiden Tabellen läßt keinen Unterschied zu Lasten der unregelmäßig Nachuntersuchten erkennen.

(Da Basaliome nicht metastasieren, wurden sie in den folgenden Tabellen ausgelassen).

In der Darstellung durch eine Verteilungskurve (Abb. 7) scheinen die Metastasen bei unregelmäßiger Nachuntersuchung mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung entdeckt worden zu sein.

Zeitraum: 1966 - 1975

Tumorart	Patienten gesamt	davon regelmäßig	= %	Metastasen innerhalb 3 Jahre nach der Operation gesamt	= %	Entdeckung von Metastasen nach: 1Hj.	2Hj.	3Hj.	4Hj.	5Hj.	6Hj.
Plattenepithel-Karzinome	348	213	61,2	37	17,4	27	5	-	2	2	1
Sarkome	48	25	52,1	4	16,0	2	1	1	-	-	-
Speicheldrüsen-Karzinome	76	40	52,6	13	32,5	8	3	-	1	-	1
Gesamt	472	278	58,9	54	19,4	37	9	1	3	2	2
				Anteil an allen Metastasen (54) in %:		68	17	2	6	4	4

Tabelle 7

Häufigkeit der Erkennung von Metastasen während regelmäßiger Nachuntersuchungen in den ersten 3 Jahren nach erfolgter Behandlung

Zeitraum: 1966 - 1975

Tumorart	Patienten gesamt	davon unregelmäßig = %	Metastasen innerhalb 3 Jahre nach der Operation gesamt = %	Entdeckung von Metastasen nach: 1 Hj.	2 Hj.	3 Hj.	4 Hj.	5 Hj.	6 Hj.
Plattenepithel-Karzinome	348	135 38,8	18 13,3	8	2	5	2	-	1
Sarkome	48	23 47,9	1 4,3	-	-	-	1	-	-
Speicheldrüsen-Karzinome	76	36 47,4	3 8,3	-	1	2	-	-	-
Gesamt	472	194 41,1	22 11,3	8	3	7	3	-	1
			Anteil an allen Metastasen (22) in %:	36	14	32	14	-	5

Tabelle 8

Häufigkeit der Erkennung von Metastasen während unregelmäßiger Nachuntersuchung in den ersten 3 Jahren nach erfolgter Behandlung

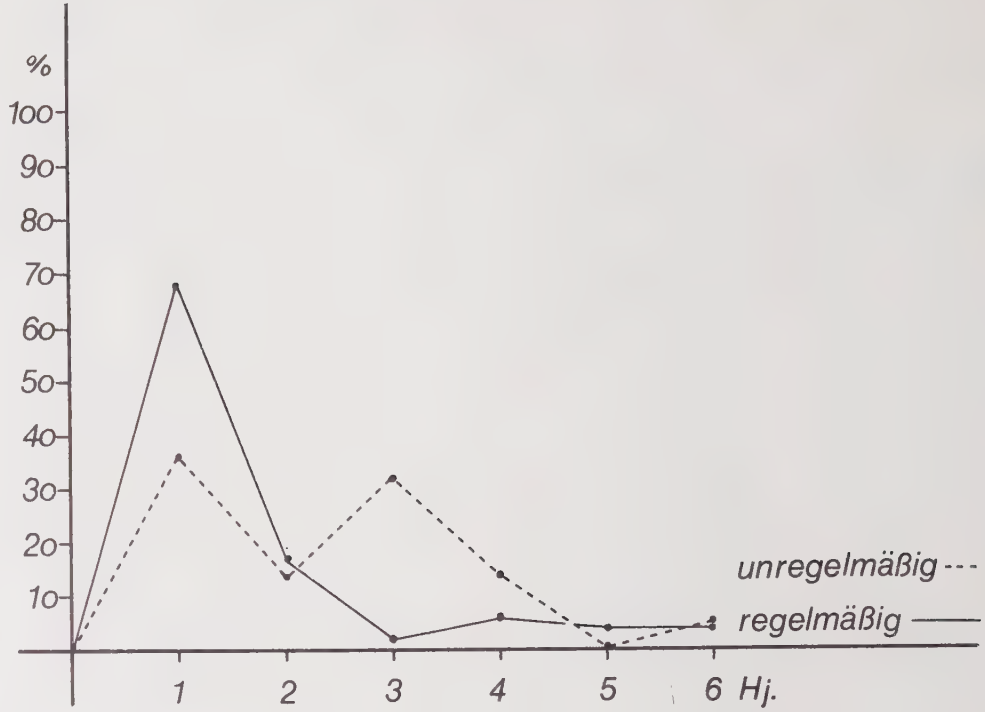

Abb. 7
Entdeckung von Metastasen während
regelmäßiger und unregelmäßiger Nachsorge

4. Überlebensraten bei regelmäßiger und unregelmäßiger Nachuntersuchung

Die Tabellen 9 und 10 zeigen die Gesamtzahl der Patienten, die mindestens 3 Jahre überlebt haben, mit den einzelnen Tumorarten während regelmäßiger und unregelmäßiger Nachsorge.

Aus der Gegenüberstellung der beiden Tabellen ergeben sich teilweise gegensätzliche Ergebnisse, so daß keine genaueren Aussagen darüber möglich sind, inwieweit sich die Regelmäßigkeit oder Unregelmäßigkeit der Nachuntersuchungen auf die Überlebensraten der Patienten auswirkt.

Zeitraum: 1966 - 1970

Tumorart	Patienten gesamt	Gesamtzahl der Patienten, die nach 3 Jahren überlebten	= %	während der Nachsorge: regelmäßig nachuntersucht	= %	während der Nachsorge: unregelmäßig nachuntersucht	= %
Plattenepithel-Karzinome	60	23	38,3	15	65,2	8	34,8
Basaliome	33	15	45,4	10	66,7	5	33,3
Sarkome	16	5	31,2	2	40,0	3	60,0
Speicheldrüsen-Karzinome	13	8	61,5	5	62,5	3	37,5
Gesamt	122	51	41,8	32	62,7	19	37,3

Tabelle 9

Überlebensraten der Patienten während regelmäßiger und unregelmäßiger Nachsorge in der Zeit von 1966 bis 1970

Zeitraum: 1971 - 1975

Tumorart	Patienten gesamt	Gesamtzahl der Patienten, die nach 3 Jahren überlebten	= %	während der Nachsorge: regelmäßig nachuntersucht	= %	unregelmäßig nachuntersucht	= %
Plattenepithel-Karzinome	288	92	31,9	70	76,1	22	23,9
Basaliome	182	50	27,5	16	32	34	68
Sarkome	32	11	34,4	9	81,8	2	22,2
Speicheldrüsen-Karzinome	63	22	34,9	16	72,7	6	27,3
Gesamt	565	175	30,1	111	63,4	64	36,6

Tabelle 10

Überlebensraten der Patienten während

regelmäßiger und unregelmäßiger Nachsorge in der Zeit von 1971 bis 1975

E - DISKUSSION

Im allgemeinen medizinischen wie auch speziell im kiefergesichtschirurgischen Schriftum gibt es kaum Erfahrungsberichte über Krebsnachsorge. Nachdem in der Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie seit mehr als 2o Jahren Tumornachsorge betrieben wird und die Klinik in dieser Zeit eine große Zahl von Patienten behandelt und betreut hat, lag es nahe zu untersuchen, wie effektiv eine solche Tumornachsorge ist.

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf die Daten von 687 Patienten, die zwischen 1966 und 1975 mit nicht vorbehandelten bösartigen Geschwülsten in die Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie aufgenommen und nach der Entlassung ambulant weiterbetreut wurden. Die Tumoren traten in allen Altersgruppen auf mit einem deutlichen Maximum im 6. Lebensjahrzehnt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Abb. 1, 2, 3).
Etwa die Hälfte aller Patienten waren an Plattenepithelkarzinomen der Mundschleimhaut erkrankt, fast ein Drittel an Basaliomen der Gesichtshaut; Speicheldrüsenkarzinome und Sarkome waren dagegen weniger häufig (Tabellen 1, 2, 3).

Von 1966 bis 1975 ist die Zahl der jährlich in der Universitätsklinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie Düsseldorf operierten, nicht vorbehandelten Patienten im ganzen stetig angestiegen,

von anfangs 24 auf zuletzt 157. Von allen 845 Patienten haben im Durchschnitt fast 80 % an den Nachuntersuchungen teilgenommen. Die beiden Kurven der Abbildung 4 zeigen im Vergleich ein unterschiedliches Verhalten mit einem Wechsel etwa in der Mitte des Beobachtungszeitraumes:
In der ersten 5-Jahresperiode von 1966 bis 1970 steigt die Zahl der jährlich operierten Patienten steil an, während der Anteil der an der Nachsorge teilnehmenden Patienten, besonders in den Jahren 1969 und 1970, stark abnimmt, von anfangs 88 % auf den niedrigsten Wert von 29 %. In der zweiten 5-Jahresperiode von 1971 bis 1975 steigt die Zahl der operierten Patienten nach einem anfänglichen leichten Rückgang weiter steil an; in der gleichen Zeit nimmt der Anteil der an der Nachsorge teilnehmenden Patienten wieder stark zu, und bleibt in den letzten Jahren fast konstant über 90 %, obwohl die Patientenzahl weiter größer wird.

Zusammenfassend ist der Abbildung 4 zu entnehmen, daß die in der Klinik operierten Patienten die Nachsorge in den ersten Jahren - besonders 1969 und 1970 - zunehmend weniger wahrgenommen haben; demgegenüber ist die Beteiligung in den letzten Jahren gleichbleibend über 90 %, obwohl die Zahl der operierten und damit die Zahl der in der Nachsorge befindlichen Patienten stetig gestiegen ist.

Dieses Verhalten kann noch verdeutlicht werden dadurch, daß die Beteiligung an der Nachsorge in "regelmäßig" und "unregelmäßig" unterteilt wird. Abbildung 5 gibt wieder, daß in den Jahren 1969 und 1970 die Zahl der regelmäßigen und unregelmäßigen

Nachuntersuchungen deutlich abnimmt, während ein größer werdender Teil der Patienten der Nachsorge sogar ganz fernbleibt. Demgegenüber nehmen in den letzten Jahren die unregelmäßigen zugunsten der regelmäßigen Nachuntersuchungen stetig ab; nur etwa 5 % der Patienten nehmen die Nachsorge gar nicht in Anspruch. Den gleichen Prozentsatz "verlorener Patienten" geben SCHAUDIG, PICHLMAYR und GIESELER (1966) an.

Eine Wertung dieser Verhältnisse kann nicht erfolgen ohne Beurteilung der beiden Pfeiler einer onkologischen Nachsorge, und zwar der nachuntersuchenden Ärzte und der nachzuuntersuchenden Patienten.

Im gesamten Zeitraum von 1966 bis 1975 wurde die verantwortungsvolle Nachsorgesprechstunde von erfahrenen Ärzten der Klinik betrieben und von einem Oberarzt geleitet. Es ließ sich jedoch eruieren, daß nach 1968 zweimal ein Wechsel bei den die Nachsorge betreibenden Ärzten stattgefunden hat. Erst 1970 konnte die Umbesetzung der Tumorsprechstunde abgeschlossen und seitdem eine weitgehende Kontinuität bei den nachuntersuchenden Ärzten erhalten werden, vor allem in der Leitung der Nachsorge durch einen Oberarzt. Wie sehr sich diese Umstände offensichtlich auf die Teilnahme an der Nachsorge ausgewirkt haben, ist ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung.

Die Tumorsprechstunde ist die am stärksten frequentierte Sprechstunde der Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie. Jeden Dienstagvormittag werden meist von 3 Ärzten bis zu 80 Patienten in der Nachsorge betreut.

Die Beteiligung an der Nachsorgesprechstunde ist trotz Zunahme der Patientenzahl erfreulich angestiegen und mit über 90 % in den letzten Jahren vergleichsweise hoch (EHRING 1978: 80 %).

Die Patienten haben sicher eine mehrfache Motivation, immer wieder die volle, zeitweise überfüllte Sprechstunde aufzusuchen und auch längere Wartezeiten bis zur Untersuchung in Kauf zu nehmen. Verständliche und verständnisvolle Aufklärung über die bestehende Erkrankung ist von eminenter Bedeutung, zumal die Erkrankung und die erforderliche Behandlung gerade im Kiefer- und Gesichtsbereich oft mit sichtbaren Folgen und wesentlichen Funktionseinbußen verbunden ist.

Fast alle Krebskranken der Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie Düsseldorf wissen, daß sie Krebs haben oder hatten und erfahren, was sie dazu tun können, dieser Krankheit mit dem Ziel einer Heilung zu begegnen. Die Aufklärung erfolgt schrittweise je nach den individuellen Gegebenheiten, angefangen bei der ersten ambulanten Untersuchung, bei der Aufnahme in die Klinik und besonders ausführlich - auch im Hinblick auf das Einverständnis mit der vorgesehenen Behandlung - vor der Operation. Die Aufklärung bezieht sich selbstverständlich nicht nur auf die Erkrankung, die Behandlung und ihre Folgen, sondern auch auf die Möglichkeiten der plastischen und wiederherstellenden Chirurgie, Operationsfolgen zu kaschieren, zu kompensieren oder zu beheben.

Ein wesentlicher Teil der Nachsorge ist die Untersuchung zu Ausschluß oder zur frühzeitigen Entdeckung

von Rezidiven und Metastasen. Darüber hinaus ergibt sich die Aufgabe, den Patienten auch bei den anderen sich aus Erkrankung und Behandlung ergebenden Folgen zu helfen: Fragen der Arbeitsfähigkeit, der Berufstätigkeit, also der sozialen Reintegration. Es liegt auf der Hand, daß bei der großen Zahl der in der Nachsorge zu betreuenden Patienten die damit befaßten Ärzte der Klinik hinsichtlich einer derart umfassenden Nachsorge überfordert sind, sowohl in dem ihnen möglichen Zeitaufwand, als auch in ihrem Aufgabenbereich und ihren Kompetenzen.

Die hohe Nachsorgequote zeigt aber, in welchem Maße sie sich dennoch - und sei es nur vermittelnd zwischen Patient, Hausarzt und zuständiger Stelle - der Probleme der Patienten annehmen können, wenn auch ihrerseits das entsprechende Engagement vorhanden ist.

Das Verhältnis von Arzt zu Patient und umgekehrt erweist sich damit als zentral innerhalb der gesamten Nachsorge. Wünschenswert - und das konnte in den letzten Jahren beibehalten werden - ist, daß die Nachsorgesprechstunde über lange Zeit von jeweils denselben Ärzten durchgeführt wird. Für die Entwicklung des Vertrauensverhältnisses, besonders des vom Patienten zum Arzt, ist es wesentlich, daß die Patienten die untersuchenden Ärzte persönlich kennen wie auch umgekehrt. Man kann damit von einer personenbezogenen Nachsorge sprechen.

Rezidive und Metastasen von Plattenepithelkarzinome der Mundhöhle werden zu über 80 % in den ersten 1 1/2 Jahren nach der Erstoperation entdeckt (KOCH 1974). Die vorliegende Untersuchung, die ja auch andere Tumorarten einschließt, bestätigt dieses Ergebnis, besonders in bezug auf die Metastasen (Tabellen 7 und 8). Die Zahlen für die Rezidive waren mit etwa 70 % niedriger (Tabellen 5 und 6). Die Erklärung dafür ist, daß das Kollektiv auch langsam wachsende Tumoren wie Basaliome und Zylindrome enthält, bei denen Rezidive häufiger erst nach mehreren Jahren gefunden werden.

Eine Übertragung der Werte von Tabelle 5 und 6 in eine Verteilungskurve (Abb. 6) zeigt, daß es sich auf den Zeitpunkt der Entdeckung von Rezidiven offensichtlich nicht ausgewirkt hat, ob die Patienten sich regelmäßig oder unregelmäßig haben untersuchen lassen.

Regionäre Metastasen dagegen scheinen bei den unregelmäßig nachuntersuchten Patienten teilweise später entdeckt worden zu sein als bei den regelmäßig nachuntersuchten (Abb. 7).

Nach aller Erfahrung ist zu erwarten, daß die Überlebensrate und die Heilungschancen bei Patienten, die regelmäßig zur Nachuntersuchung kommen, größer sind als bei denen, die nur unregelmäßig oder gar nicht kommen. Freilich haben sich für Patienten mit Plattenepithelkrazinomen entsprechende Werte ergeben, daß beispielsweise die 3-Jahres-Überlebensrate bei regelmäßiger Nachuntersuchung zwei- bis dreimal so hoch ist wie bei unregelmäßiger Nachuntersuchung (Tabellen 9 und 10). Es ergaben sich aber auch gegenteilige Werte, z.B. teilweise bei Sarkomen (Tabelle 9) und Basaliomen (Tabelle 10).

Zusammengefaßt können damit Aussagen über die Auswirkung einer regelmäßigen oder unregelmäßigen Nachuntersuchung auf die Entdeckung von Rezidiven und Metastasen sowie auf die Überlebensrate nur mit Vorsicht und unterVorbehalt gemacht werden. Den ermittelten Werten liegen Daten von Patienten zugrunde, die sehr verschiedene Tumorarten und bei Behandlungsbeginn ganz unterschiedliche Grade der Tumorausbreitung (Stadien) aufwiesen.
Eine hinreichend genaue Berechnung, welchen Einfluß eine regelmäßige oder unregelmäßige Nachuntersuchung auf die Heilungschancen hat, ist aber nur möglich bei vergleichender Berücksichtigung von Tumorart und Tumorausbreitung auf der Grundlage einer TNM-Klassifikation. Eine solche Klassifikation kam im Rahmen dieser Untersuchung nicht in Frage, zumal sie retrospektiv hätte erfolgen müssen (vgl. KOCH 1974) und es für verschiedene Tumorarten noch keine anerkannte TNM-Klassifikation gibt, wie z.B. für die Speicheldrüsenkarzinome.

Weiter oben wurde beschrieben, daß die Nachsorge mit Mitteln betrieben wird, die angesichts der heutigen technischen Möglichkeiten primitiv anmuten.
Auch die Verwendung z.B. von Randlochkarten wird "den Anforderungen einer fortschrittlichen Datenverarbeitung nicht mehr gerecht" (SPIESSL, ROTTKE und METZ 1968).
Es liegt nahe, organisatorische Verbesserungen vorzuschlagen und - beispielsweise zur Bewältigung der großen Zahl - die elektronische Datenverarbeitung heranzuziehen.

Die Nachsorge wird dann mit Vorgängen verbunden sein wie Dateneingabe, Datenspeicherung, Datenabruf, Nachsorgeprogramm, maschinell erstellter Brief, automatische Benachrichtigung, automatische Mahnung usw.

Es besteht kein Zweifel, daß zeitgemäße technische Hilfsmittel dazu geeignet sind, dem Arzt nichtärztliche Verrichtungen, besonders Verwaltungsarbeit und Schriftverkehr abzunehmen. Allerdings liegt auch bei der Nachsorge in der Technik die Gefahr, daß sie nicht Hilfsmittel bleibt, vielmehr sich verselbständigt und dem Arzt - zulasten des Arzt-Patient-Verhältnisses - mehr Arbeit bringt als ihm abnimmt.

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, wie wichtig die persönliche Beziehung von Patient zu Arzt und umgekehrt für Teilnahme an der Nachsorge ist. Von daher ist anzunehmen, daß technische Hilfsmittel nur solange und soweit die Effektivität einer Tumornachsorge erhöhen, als sie das Patient-Arzt-Verhältnis noch besser zu gestalten erlauben und es in der Praxis nicht vielmehr durch Überorganisation einengen.

F - ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch gemacht, die Organisation der in der Düsseldorfer Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie betriebenen Tumornachsorge aufzuzeigen und ihre Effektivität zu analysieren.
Grundlage der Untersuchung waren die Daten von 687 nicht vorbehandelten Patienten, die in der Zeit von 1966 bis 1975 in der Klinik operiert und nach Abschluß der klinisch-kurativen Behandlung ambulant weiterbetreut wurden.

Bösartige Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich traten in allen Altersgruppen bei Männern und Frauen auf, am häufigsten im 6. Lebensjahrzehnt. Plattenepithelkarzinome der Mundschleimhaut hatten mit über 50 % den größten Anteil, gefolgt von Basaliomen und Speicheldrüsenkarzinomen.

Von 1966 bis 1975 ist die Zahl der nicht vorbehandelten Tumorpatienten stetig angestiegen, von anfangs 24 auf zuletzt 157 Aufnahmen pro Jahr.
Im Gesamtdurchschnitt haben fast 80 % aller Patienten an den ambulanten Nachsorgeuntersuchungen teilgenommen. Die Nutzung der Nachsorge ist in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums noch größer geworden, obgleich die Zahl der behandelten Patienten weiter angestiegen ist: Die Nachuntersuchungsquote lag zuletzt über 90 %, wobei die Zahl der unregelmäßig erschienenen Patienten zugunsten der regelmäßigen nachuntersuchten stetig abgenommen hat.

Nur etwa 5 % der Patienten nahmen die Nachsorge gar nicht in Anspruch. Männer haben mit 61 % die Nachsorge häufiger regelmäßig besucht als Frauen (46 %).

Es war festzustellen, daß in den Jahren 1969 und 1970 die Zahl der regelmäßig nachuntersuchten Patienten deutlich abnimmt und dabei ein großer Teil der Patienten der Nachsorge ganz fernbleibt. Das war nur dadurch zu erklären, daß in den Jahren nach 1968 ein zweimaliger Wechsel in der ärztlichen Leitung der Nachsorgesprechstunde stattgefunden hat. Die letzten Jahre der zunehmend besseren und vergleichsweise sehr hohen Beteiligung der Patienten an der Nachsorge waren andererseits einer anhaltenden Kontinuität bei den die Nachsorge betreibenden Ärzten zuzuordnen.

Die Beteiligung an der Nachsorge ist damit wohl in einem hohen Maße abhängig von einem guten, persönlichen Patient-Arzt- und Arzt-Patient-Verhältnis und kann als personenbezogene Nachsorge qualifiziert werden.

Es war nicht festzustellen, daß Rezidive bei regelmäßiger Nachuntersuchung früher oder häufiger entdeckt wurden als bei unregelmäßiger Kontrolle.

Metastasen sind bei unregelmäßig kontrollierten Patienten offensichtlich etwas später festgestellt worden als bei den regelmäßig nachuntersuchten.

In der Auswirkung auf die Überlebensraten zeigten sich teilweise gegensätzliche Ergebnisse.
Diese Widersprüche erklären sich in erster Linie aus der großen Inhomogenität der Ausgangsdaten.

Eine diese Nachteile kompensierende - zumal retrospektive - TNM-Klassifikation kam im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht in Betracht.

Die bisher angewandten Methoden der Tumordokumentation und Nachsorge sind mühsam und aufwendig, sie entsprechen zweifellos nicht den heutigen technischen Möglichkeiten.
Andererseits darf der Einsatz zeitgemäßer technischer Hilfsmittel wie der elektronischen Datenverarbeitung nicht zur Einengung des Arzt-Patient-Verhältnisses führen; die organisatorische Verbesserung erfolgt sonst zu Lasten der vorrangig personenbezogenen Nachsorge.

G - LITERATURVERZEICHNIS

BAUER, K.H.	Das Krebsproblem. 2. Aufl., Springer, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1963
EHLERS, C.Th. und GRIESSER, G.	Langenbeck Archiv für klinische Chirurgie. 316, 768 (1966)
EHRING, E.	Die Nachsorge bei Haut- und Gesichtskrebs. in: Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e.V. (GBK), Nr. 20 (1978)
HOLL, J.	Tumordokumentation und Nachsorge - Geschwulstkranker an der Nordwestdeutschen Kieferklinik Med. Diss., Hamburg 1961
KOCH, H.	Karzinome der Mundhöhle. Westdeutscher Verlag, Opladen 1974
LEONHARDT, A.	Monatskurse für ärztliche Fortbildung. 27, 217 u. 271 (1977)
OTT, G.H., KUTTING, H. und DRINGS, P.	Standardisierte Krebsbehandlung Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1974

OTT, G.H.
Krebsnachsorge eine Gemeinschaftsaufgabe von Klinik und Praxis.
in: "GBK"-Mitteilungsdienst, Nr. 21 (1978)

SPIESSL, B.
Plattenepithelkarzinome der Mundhöhle.
Thieme Stuttgart 1966

SPIESSL, B., ROTTKE, B. und METZ, H.-J.
Statistik und Dokumentation des Mundhöhlenkarzinoms im Rahmen des nachgehenden Krankenhilfsdienstes.
Fortschr. Kiefer- und Gesichtschirurgie, 13, 191 (1968)

SCHAUDIG, H., PICHLMAYR, R. und GIESELER, H.
Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.
316, 769 - 773 (1966)

DANKSAGUNG

Herrn Professor Dr. Dr. A. Rehrmann, dem Direktor der Universitätsklinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, möchte ich meinen Dank aussprechen für die Möglichkeit, die vorliegende Untersuchung anzustellen und dazu die Krankengeschichtsunterlagen der Klinik zu verwenden.

Herrn Professor Dr. Dr. I. Koblin bin ich für die Anleitung zu dieser Arbeit und die Möglichkeit, mich bei der Abhandlung des Themas aller Hilfsmittel der Klinik zu bedienen, zu besonderem Dank verpflichtet.

LEBENSLAUF

Am 6. Juni 1944 wurde ich, Baruch L u r j e , als Sohn von Gutelis Lurje und seiner Ehefrau Mina, geb. Schwarz, aus Königsberg, in Begowat, Krs. Taschkent, geboren.

Nach dem Besuch der Grundschule und des Gymnasiums in Wilna/Litauen, studierte ich an der Universität Kowna/ Litauen (1962–1968) Zahnmedizin.

Nach Abschluß meines Studiums arbeitete ich als Zahnarzt in Litauen.

Seit 1973 wohne und arbeite ich in der Bundesrepublik Deutschland.

Seit Februar 1977 bin ich als selbständiger Zahnarzt in Krefeld tätig.